FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 30

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RIESSER Edgar

Né le 19 Février 1916, à Fribourg-en-Brisgau (Bade)

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

A propos du procédé de désinsertion d'adhérence par l'opération de Sebestyen

Président : M. A. WEISS, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT
—
1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

ANNÉE 1942 N° 30

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

RIESSER Edgar

Né le 19 Février 1916, à Fribourg-en-Brisgau (Bade)

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

A propos du procédé de désinsertion d'adhérence par l'opération de Sebestyen

Président : M. A. WEISS, Professeur

CLERMONT-FERRAND
IMPRIMERIE MODERNE, 15, RUE DU PORT

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen ..... MM. A. FORSTER ✻ ⚜ I.
Assesseur ..... P. ROHMER ✻ ⚜ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM. AMBARD ✻ ⚜ I.
Embryologie et Tératologie	ANCEL ✻ ⚜ I.
Clinique neurologique	BARRÉ ✻ ⚜ I.
Histologie	N.
Clinique O. R. L.	N.
Anatomie	FORSTER ✻ ⚜ I.
Thérapeutique chirurgicale	FONTAINE ⚜ A.
Chimie biologique	NICLOUX O. ✻ ⚜ I.
Hygiène et Bactériologie	OBERLING ✻ ⚜ I.
Clinique dermatologique	PAUTRIER O. ✻ ⚜ I.
Clinique psychiâtrique	PFERSDORFF ✻ ⚜ I.
Clinique ophtalmologique	REDSLOB ✻ ⚜ I.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes.	KELLER ✻ ⚜ I.
Clinique infantile	ROHMER ✻ ⚜ I.
Physiologie	N.
Pharmacologie et Médecine expérimentale ..	SCHWARTZ ⚜ I.
Médecine légale et Médecine sociale	SIMONIN ✻ ⚜ A.
Hydrologie et Climatologie	VAUCHER ✻ ⚜ I.
Physique biologique	VLÈS ✻ ⚜ I.
Clinique chirurgicale B.....	WEISS ✻ ⚜ A.
Clinique médicale A	N.
Anatomie pathologique	N.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie	MM. ARON ✻ ⚜ I.
Anatomie	BELLOCQ ✻ ⚜ I.
Anatomie pathologique	GÉRY ⚜ I.
Clinique médicale A.	HANNS O. ✻ ⚜ I
Clinique psychiâtrique	GELMA ✻ ⚜ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. CALLOT.
KAYSER ⚜ A.
ROMEY O. ✻ ⚜ A.
TULASNE.
KLEIN
REISS ⚜ A.
SACREZ.
GINGLINGER.
MM. HUMBERT ✻ ⚜ A.
WARTER.
THIVOLLE ⚜ A.

CHARGÉ D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. ROEDERER ⚜ I.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. CHAVIGNY C. ✻ ⚜ I.
M. LERICHE O. ✻ ⚜ I.
M. STOLZ ✻ ⚜ I.
M. WEILL ✻ ⚜ I.
M. BOUIN ✻ ⚜ I.

AGRÉGÉS LIBRES

M. SIMON ✻ ⚜ A.
M. KREIS ⚜ A.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A MA MERE

En bien humble témoignage de ma gratitude et de mon affection.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'EXTERNAT

A Monsieur le Professeur A. WEISS

Professeur de Pathologie chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.
Avec l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A notre Jury de Thèse

A nos Maitres

de la Faculté de Médecine de Strasbourg

A Monsieur le Docteur BONNIOT

Professeur de Pathologie chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Grenoble
Chirurgien des sanatoriums de Briançon
et de Saint-Hilaire-du-Touvet

Qui nous a aidé à mettre au point la partie chirurgicale de ce travail. Qu'il accepte nos remerciements et l'assurance de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur Jean FOIX

Médecin-Directeur du Sanatorium de l'Association Métallurgique
et Minière à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)

Qui nous a accueilli avec bienveillance dans son service et nous a initié à la phtisiologie.

Nous lui exprimons notre reconnaissance d'avoir pu mener à bien ce travail grâce à ses conseils judicieux.

A Monsieur le Docteur L. RISLER

Médecin-Adjoint

A Monsieur le Docteur J. MARTY

Médecin-Assistant
du Sanatorium de l'Association Métallurgique
et Minière, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère)

En témoignage de cordiale sympathie.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543517_0052

INTRODUCTION

La création d'un pneumothorax constitue la méthode idéale de la mise au repos du poumon.

Malheureusement il n'est pas rare de constater dès la première insufflation que le pneumothorax est rendu inefficace par des brides ou des plages symphysaires plus ou moins importantes.

La plupart de ces adhérences pleurales sont justiciables de la section par voie endoscopique, opération qui, grâce au bénéfice qu'elle tire de la technique de Maurer de désinsertion pariétale, donne plus de sécurité et permet de s'attaquer à de gros piliers en réduisant les dangers de perforation et d'hémorragie.

A côté des adhérences « sécables » du sommet, il en est d'autres qui, soit du fait de leur siège, soit du fait de l'étendue de la zone symphysaire, ne peuvent être libérées par voie endoscopique.

Faut-il délibérément abandonner dans ces cas le pneumothorax imparfait et recourir à la thoracoplastie partielle haute ou à l'apicolyse ?

Tel n'est pas l'avis de tous les phtisiologues qui, dans des cas bien déterminés, veulent continuer à faire bénéficier leurs malades d'un pneumothorax. Pour libérer le poumon de ses adhérences, ils s'adressent à la chirurgie en cas de faillite de la section de brides par voie endoscopique.

C'est ainsi que Bernou et Fruchaud, à la suite de

l'Américain Noland Carter, mettent au point une technique de désinsertion de brides à ciel ouvert.

Le chirurgien hongrois Sebestyen, au lieu de faire la désinsertion pleuropariétale par voie interne, après ouverture du thorax, fait la désinsertion pleuropariétale par voie externe. « L'opération consiste à cliver dans le plan extra-pleural toute la zone symphysée en la débordant quelque peu sur tout son pourtour, puis à sectionner la plèvre de dehors en dedans sur tout le périmètre de l'adhérence. Le poumon se rétracte alors vers le hile, emportant avec lui le fragment de plèvre pariétale qui reste accolé à sa surface. » (Bonniot et Foix.)

En somme, il s'agit d'un cas particulier de l'opération qui consiste à mettre en communication par pleurotomie une poche extra-pleurale du sommet avec un pneumothorax partiel de la base.

Le docteur Bonniot, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Grenoble, appliqua le procédé de Sebestyen en février 1939. Il publia avec le docteur Foix, médecin-directeur du sanatorium de l'A. M. M., à Saint-Hilaire-du-Touvet, son premier cas opéré. (*Revue de la Tuberculose*, 5e série. Tome 5. N° 8, 1939-1940.)

Après avoir posé les indications d'une désinsertion d'adhérences par le procédé de Sebestyen, nous montrerons qu'il faut s'assurer avant l'intervention, des possibilités opératoires par un examen minutieux.

Le succès de la méthode dépendra de la bonne conduite de la technique chirurgicale et des soins qu'on apportera à enrayer les complications post-opératoires.

Nous passerons donc successivement en revue :

I) *Les indications ;*

II) *L'examen pré-opératoire ;*

III) *La technique opératoire ;*

IV) *Les soins post-opératoires.*

I. — INDICATIONS DU PROCÉDÉ DE SÉBESTYEN

A) OBSERVATIONS

Après l'exposé de quelques observations, nous essaierons de placer le procédé de Sebestyen dans le cadre des interventions collapsothérapiques.

OBSERVATION I

Eugène A..., 25 ans, admis au sanatorium de l'A. M. M. le 9 septembre 1938.

La maladie actuelle paraît avoir débuté par un épisode étiqueté « grippe », remontant au mois de novembre 1937. Depuis cette date, on a enregistré un fléchissement de l'état général s'accompagnant d'une toux rebelle et d'une expectoration bacillifère. Le malade entre à l'hôpital de Caen le 20 juillet 1938.

Un pneumothorax droit est institué le 1er août 1938 et entretenu régulièrement.

A l'entrée au sanatorium de l'A. M. M. (9 septembre 1938) l'état général du malade est très médiocre, sa température oscille autour de 38 degrés. L'expectoration est fortement bacillifère (Gafky VIII).

La radiographie montre un pneumothorax partiel ; le lobe supérieur étant largement symphysé, tout à fait

dense et présentant deux cavités assez marginales en regard de la plage adhérentielle. Un peu de liquide dans le sinus. Le côté gauche est sensiblement normal. Malgré une cure d'immobilisation sévère, la situation n'a aucune tendance à s'améliorer.

Devant des signes cliniques (état subfébrile, toux, expectoration bacillifère) ne s'amendant pas, on décide une résection chirurgicale du système adhérentiel, la voie endoscopique n'étant pas applicable dans ce cas.

En vue de cette intervention on fait des radiographies sous diverses incidences afin de se rendre compte de la situation de la bride dans l'espace.

La radiographie de face met en évidence une large symphyse axillaire s'étendant du bord inférieur de la première côte au bord supérieur de la quatrième. Dans la région médiastinale, le poumon est libre de toute adhérence.

Un cliché fait de profil et en oblique antérieure droite montre le lobe supérieur appendu à la région axillaire et sans connexion ni avec la paroi antérieure, ni avec la paroi postérieure. Ces différents films permettent de conclure à une symphyse pleuro-pulmonaire de la surface d'une grande paume de main, libre sur tout son pourtour.

L'opération de Sébestyen est pratiquée le 15 février 1939 (Docteur Bonniot).

PROTOCOLE OPÉRATOIRE

Anesthésie loco-régionale des dix premiers espaces. Excellente anesthésie. Décubitus latéral gauche horizontal. Incision verticale axillaire. Résection de la quatrième côte sur 10 centimètres. Décollement extra-pleural commençant au-dessous de la zone d'adhérence et poussé de bas en haut, puis élargi en avant et en arrière jusqu'à ce qu'on ait entièrement circonscrit la zone adhérentielle.

Les limites de celle-ci sont très facilement repérables au gonflement expiratoire du pneumothorax endopleural tout autour d'elle. La plèvre est alors sectionnée au bistouri électrique sur tout le périmètre de l'adhérence. A travers la brèche pleurale ainsi réalisée, on aperçoit un gros et très long pilier antéro-supérieur qu'on désinsère après coagulation. Suture aussi étanche que possible de la brèche pariétale, suture des muscles et de la peau.

A la fin de l'intervention l'état du malade est excellent et permet de pratiquer de suite une radiographie. Celle-ci montre une réexpansion pulmonaire assez importante. Une insufflation est donc faite de suite et complète le collapsus.

SUITES OPÉRATOIRES.

Ascension thermique peu inquiétante et passagère.

Bon état général.

Un emphysème sous-cutané assez considérable et un épanchement pleural exigent des ponctions et des insufflations répétées.

Le 16 février 1939 : Ponction de 400 cc. de liquide séro-hématique. Insufflation de 675 cc. d'air P. T. (pression terminale) — 10 — 4.

Le 17 février 1939 : Ponction de 400 cc. de liquide séro-hématique. Insufflation de 900 cc. d'air P. T. + 3.

Une tendance à la symphyse postéro-latérale oblige à faire dans les jours suivants des insufflations quotidiennes en pression positive (P. T. + 10 + 14).

Le 1er mars 1939 : Ponction de 600 cc. de liquide séro-hématique stérile. Insufflation de 700 cc. d'air P. T. + 3.

Le 2 mars 1939 : Le collapsus du lobe supérieur est très satisfaisant.

Le 16 mars 1939 : Ponction de 400 cc. de liquide séro-hématique stérile.

Depuis le 2 mars, le collapsus du lobe supérieur ne cesse de s'améliorer et devient très rapidement complet avec effacement progressif des cavités, en même temps que les bacilles disparaissent des crachats et que l'expectoration se tarit complètement.

Le 28 avril, l'apparition d'une symphyse de la base amène à reprendre des insufflations plus fréquentes en pression positive (100 cc. tous les quatre jours P.T. + 10).

En juin 1939, le malade est en parfait état, l'augmentation pondérale est régulière. La température est normale, la toux et l'expectoration ont entièrement cessé; il n'y a plus aucun épanchement pleural. La réexpansion de la base semble fixée laissant subsister un excellent collapsus électif du sommet.

Janvier 1940 : Le malade nous informe qu'il a repris son travail et que son médecin continue à lui entretenir son pneumothorax en pression positive.

OBSERVATION II

J..., 31 ans. Admission au sanatorium de l'A. M. M. le 9 décembre 1938.

La tuberculose s'est révélée chez ce malade par une hémoptysie. Il s'agit d'une atteinte du poumon droit qu'on collabe par un pneumothorax créé le 28 septembre 1938.

A l'entrée au sanatorium le 9 décembre 1938, l'état général du malade est relativement satisfaisant, sa température est subfébrile et il expectore une dizaine de crachats bacillifères par jour. L'examen radiologique montre à droite un pneumothorax avec un système adhérentiel apical très complexe. Dans le moignon, grande tache claire cerclée. A gauche, transparence normale.

3 février 1939. *Section de brides.* L'endoscopie permet de voir un système de brides du sommet. On arrive

à en sectionner trois s'insérant sur le dôme pleural. On respecte un gros pilier apicomédiastinal renfermant du parenchyme et constituant presque une symphyse.

Juin 1939 : Quatre mois après la section de brides le malade continue à cracher des bacilles (Gafky III). La radiographie met en évidence un pneumothorax droit incomplet, un gros pilier apical maintient béante une caverne située dans la corticalité. Le pneumothorax est visible entre le bord interne de la bride et le médiastin.

La caverne n'ayant pas tendance à se collaber malgré la cure déclive, on décide d'intervenir.

26 juin 1939 : *Examen pleuroscopique.* On complète le repérage radiologique de l'adhérence par un examen pleuroscopique : la bride a une direction postero-interne s'insérant au niveau de l'arc postérieur de la deuxième côte, elle est habitée. Elle n'est pas libre comme aurait pu le faire préjuger l'examen radiologique car elle se prolonge du côté médiastinal par une formation membraneuse.

27 juin 1939 : *Opération* (Docteur Bonniot). Anesthésie loco-régionale. Incision oblique inter-scapulo-vertébrale. Dissociation du trapèze, du rhomhoïde, du petit dentelé. Résection de la quatrième côte depuis l'apophyse transverse sur environ 10 centimètres. Apicolyse extra-pleurale et section de la plèvre d'avant en arrière en deçà de la zone d'adhérence. Le lambeau interne de la plèvre auquel est appendu le poumon s'affaisse. Fixation par un catgut à la paroi du lambeau pleural externe. Suture en surjet des espaces intercostaux. Suture du petit dentelé, du rhomhoïde, du trapèze et de la peau au crin.

SUITES OPÉRATOIRES.

L'état fébrile dure quinze jours.

Léger emphysème sous-cutané.

Epanchement dans la cavité pleurale, nécessitant

deux ponctions : on retire une première fois 300 cc. de sang non coagulable (1er juillet 1939) et le 6 juillet 1939, 400 cc. de liquide très fibrineux à peine hématique.

On entretient le pneumothorax en augmentant les pressions jusqu'à P. T. + 10.

A partir d'août 1939, l'examen répété des crachats reste négatif.

Une radiographie faite le 7 septembre 1939 nous amène à la conclusion suivante : excellent collapsus électif, disparition de l'image cavitaire précédemment constatée. Pas de liquide. Médiastin restant en place. A gauche, transparence normale.

En décembre 1940 : Le malade se porte bien et il a repris son travail.

Février 1942 : Ce malade nous écrit que son pneumothorax est régulièrement entretenu. Insufflation mensuelle d'environ 300 cc. d'air P. T. voisine de O. Il travaille 8 heures par jour comme téléphoniste.

Dans ce cas, l'opération de Sébestyen n'a pu être réalisée intégralement. L'incision n'a pu circonscrire le pied de l'adhérence puisque celle-ci se prolongeait du côté médiastinal par un système vélamenteux. On a dû se contenter de faire la pleurotomie non pas en décrivant une circonférence, mais suivant une ligne courbe en-deçà de l'adhérence.

Si nous relatons cette observation, c'est que l'intervention a été menée comme un Sébestyen ; d'ailleurs elle a exigé les mêmes examens préopératoires et était exposée aux mêmes complications.

OBSERVATION III

B... Marcel, 20 ans. Employé de bureau. Entré au Sanatorium de l'A. M. M. le 16 avril 1940.

Le début apparent de la maladie s'étant révélé par

de l'asthénie et de l'amaigrissement, remonte en février 1940.

Le 16 avril 1940, à l'entrée au Sanatorium, l'état général du malade est satisfaisant ; toutefois ses crachats sont fortement bacillifères (Gafky IV).

La radiographie révèle une énorme spélongue du sommet droit avec niveau liquidien. A gauche, infiltration nodulaire.

22 *mai* 1940 : Création d'un pneumothorax droit. Il est inefficace. La cavité reste béante parce que le moignon pulmonaire est tiraillé à la partie supérieure par un système adhérentiel.

25 *octobre* 1940 : Section de brides :

On tombe sur un système complexe formé :

1° D'un très large ruban court à direction axillaire ; ce ruban est libre. La section est assez longue mais relavement facile ;

2° D'un système apical rubanné qui paraît accessible et libre. Il est très court, très épaix, il semble continuer le poumon et est très probablement habité. Dans ces conditions, nous renonçons à le sectionner.

Une légère réaction liquidienne se déclare après l'intervention.

Tout rentre dans l'ordre après trois semaines.

22 *février* 1941 : Pleuroscopie qui confirme les données recueillies lors de la section de brides.

On décide de désinsérer l'adhérence par le procédé de Sébestyen. Auparavant, on entreprend une deuxième pleuroscopie le 3 juin 1941 :

On voit toujours le système insectionnable court et épais qui semble continuer le poumon. Il se dirige en haut et en arrière et s'insère au niveau du deuxième espace intercostal.

La plèvre est transparente et ne présente aucun

signe d'altération. Dans le sinus : présence d'un peu de liquide.

4 *juin* 1941 : *Opération de Sébestyen.* (Dr Bonniot).

Anesthésie loco-régionale. Résection de la quatrième côte depuis l'apophyse transverse. Décollement extra-pleural facile. Incision de la plèvre en dessous et en dehors de la bride. L'adhérence se dirige en haut obliquement et en dedans, son pôle supéro-interne n'est pas dépassé par le décollement ; celui-ci est donc poussé jusqu'à ce que le pied de l'adhérence soit entièrement libéré ; il est alors circonscrit par l'incision pleurale et le sommet tombe. Mais il existe une seconde adhérence postéro-interne plus basse ne pouvant être libérée, car une fois la plèvre ouverte, il est impossible de continuer un bon décollement extra-pleural postérieur et interne. Hémostase, suture de l'espace intercostal en surjet, suture du rhomboïde dissocié et du trapèze sectionné. Suture de la peau.

Suites opératoires.

— Réaction fébrile régressant très rapidement.

— Emphysème sous-cutané peu marqué.

7 *juin* 1941 : Ponction de 500 cc. de liquide hématique suivie d'une insufflation P. T. — 14 /O.

9 *juin* 1941 : Insufflation 200 cc. d'air P. T. — 3. A la radiographie on voit le moignon pulmonaire rétracté et un effacement marqué de la caverne, toutefois une réexpansion du sommet avec tendance au recollement est à craindre.

14 *juin* 1941 :

Ponction de 300 cc. de liquide séro-hématique.
Insufflation de 325 cc. d'air.
P. T. — 1.

19 *juin* 1941 :

Prise de pression — 14 — 2.
On insuffle 100 cc. d'air.
Pression terminale — 1.

26 *juin* 1941 :

Pression initiale — 8.
Air 75 cc.
Pression terminale — 1.

3 *juillet* 1941 :

Pression initiale — 8 — 0.
Air 50 cc.
Pression terminale 0.

10 *juillet* 1941 :

Pression initiale — 10 — 0.
Air 100 cc.
Pression terminale 0.

18 *juillet* 1941 :

Pression initiale — 12 — 1.
Air 50 cc.
Pression initiale 0.

Une radiographie faite le 23 juillet montre le sommet recollé, avec en son centre une tache claire cerclée de la surface d'une pièce de un franc.

30 *juillet* 1941 : *Section de brides* (2e temps endoscopique). — On attaque l'adhérence recollée en la désinsérant, la libération du moignon pulmonaire ne peut être complète, car on est arrêté par une lame symphysaire.

A la suite de cette intervention, le malade fait une poussée thermique avec grandes oscillations. Réaction liquidienne.

La ponction exploratrice donne issue à un liquide

purulent sans flore. S'agit-il d'une perforation due à la rupture de l'adhérence entamée par le galvano-cautère ? La radio montre à partir de ce moment un bon collapsus pulmonaire. Une série de ponctions suivies de lavages au lugol arrivent à désinfecter la plèvre.

1^er^ *novembre* 1941 : la température est normale et le pyothorax est presque tari.

Février 1942 : Bon état général, reprise de poids.

Avril 1942 : Etat général se maintient excellent.

La radiographie montre un poumon plaqué contre le médiastin, aucune géode n'est visible. L'expectoration est négative.

Dans cette observation nous voyons l'adhérence désinsérée se recoller à la paroi. A la suite de ce recollement l'effet de l'opération de Sybestyen a été quasi annulé.

A quoi peut être imputé cet échec ?

Tout d'abord à l'affaissement incomplet du sommet par suite de la persistance d'une seconde adhérence postéro-interne masquée au cours de l'exploration endoscopique.

En second lieu à la réexpansion du sommet que nous n'avons peut être pas assez énergiquement combattue par des insufflations répétées en pression positive.

B) COMMENTAIRES

Nos observations bien que limitées en nombre vont néanmoins nous permettre de discuter dans des cas déterminés de l'opportunité du procédé de Sébestyen.

OBSERVATION I

Le malade Eugène A... a des lésions unilatérales. Son pneumothorax est rendu inefficace par une large plage symphysaire axillaire empiétant sur le 2 et 3e espace intercostal.

Dans ces conditions la désinsertion pleuropariétale par voie endoscopique est pratiquement impossible.

La désinsertion à ciel ouvert d'après la méthode de Bernou et Fruchaud paraît dangereuse et trop longue, soumettant de ce fait la plèvre à un chauffage prolongé.

La thoracoplastie trouverait dans notre cas une indication car les cavernes ont une situation externe. Mais le collapsus ne pourrait être obtenu qu'au prix d'un désossement considérable (résection de 8 à 10 côtes).

Par le procédé de Sébestyen nous sommes arrivés à moins de frais à un bon résultat. En ne sacrifiant qu'une côte, on a donné au malade le bénéfice inestimable d'un pneumothorax efficace sans déformer sa cage thoracique.

Dans cette observation, l'opération de Sébestyen semble être la méthode de choix.

OBSERVATION II

L... Jean présente un pneumothorax droit rendu inefficace par un système adhérentiel du sommet. A gauche champ pulmonaire normal.

Section de brides partielle. L'apex excavé s'affaisse contre le médiastin. La spélongue est maintenue béante par un gros pilier court et habité qui se fixe sur les gros vaisseaux de la base du cou et se continue du côté médiastinal par une formation membraneuse.

La section endoscopique de ce pilier ne pouvant être réalisée, nous sommes obligés de recourir à d'autres procédés pour obtenir l'effacement de la caverne.

La thoracoplastie partielle pourrait être envisagée :

1° après abandon du pneumothorax ;

2° en conservant le pneumothorax, la thoracoplastie complétant l'affaissement apical.

Nous risquons, en abandonnant un pneumothorax pour lui substituer une thoracoplastie, d'assister à une reprise évolutive des lésions. En favorisant la réexpansion du parenchyme pulmonaire entourant une caverne imparfaitement rétractée, on constate souvent une réapparition de la toux, de l'expectoration et d'une température hectique.

La thoracoplastie partielle, exécutée sur le pneumothorax sous-jacent, éviterait toute poussée évolutive et on aurait en outre l'avantage de prévenir l'inoculation post-opératoire de la base. Dans ces conditions, la thoracoplastie complémentaire du pneumothorax paraît être une méthode idéale.

Chez notre malade, il s'agit de collaber une caverne refoulée par le pneumothorax contre la partie haute du médiastin. Dans ce cas, un échec de la thora-

cectomie est à redouter car nous savons que les résections costales, même très étendues en « largeur » sont le plus souvent insuffisantes pour assurer la rétraction des cavernes juxtamédiastinales.

Le recours à la phrénicectomie peut être discuté, car nous avons vu certains résultats favorables en complétant un pneumothorax à corde par la paralysie du diaphragme.

Dans notre cas, nous nous sommes décidés à faire bénéficier le malade d'un pneumothorax en instituant non pas un Sébestyen vrai, puisque la bride ne peut être circonscrite, mais en faisant communiquer une poche extra-pleurale créée au-dessus de l'adhérence avec le pneumothorax intrapleural de la base.

Cette intervention n'est pas dépourvue de risques :

Risque mécanique : après l'opération le poumon libéré en avant, en arrière et du côté externe, reste appendu à la plèvre du côté interne. Cette connexion peut favoriser une symphyse ultérieure.

Risque infectieux : pour créer une poche extra-pleurale au -dessus d'une adhérence apicale interne, on est obligé de pousser le décollement de la plève vers la région médiastinale sus-hilaire. Au cours de cette manœuvre, on ne peut éviter de rompre des vaisseaux lymphatiques. L'effraction du réseau lymphatique peut entraîner une dissémination de germes, d'où danger de pleurésie purulente.

Vu les complications infectieuses graves, cette intervention ne doit être envisagée que lorsque les autres méthodes collabantes sont jugées inefficaces.

Actuellement, on opérerait en deux temps.

Dans un premier temps chirurgical, on créerait la poche extra-pleurale surplombant l'adhérence.

Plus tard, au cours d'un deuxième temps qui serait endoscopique, on réunirait le pneumothorax intrapleural

de la base avec la poche extra pleurale du sommet en sectionnant la cloison qui les sépare, soit au galvano-cautère, soit au bistouri électrique.

En procédant de la sorte, on éviterait, en cas de suppuration consécutive au premier temps, l'ensemencement de la cavité pleurale. L'infection de la poche extra-pleurale bien que grave est moins redoutable qu'un pleurésie purulente.

OBSERVATION III

B... Marcel. Lésions pulmonaires bi-latérales ; à droite, énorme spélongue. A gauche, infiltrations nodulaires.

Pneumothorax droit inefficace à cause d'un système d'adhérences empêchant le collapsus du sommet. Section de brides incomplète : un système rubanné court et habité est insectionnable. La caverne est aplatie et refoulée vers la région médiastinale.

Chez ce malade on renonce à la thoracoplastie à cause de la situation justamédiastinale de la caverne.

L'opération de Sébestyen, en désinsérant la bride, était en voie de donner un bon résultat si le recollement dont nous avons analysé plus haut les causes ne s'était pas produit.

Dans les observations II et III, la méthode de désinsertion de Sybestyen se présente comme une intervention complémentaire d'une section de brides.

C) CONCLUSIONS

La discussion qui a décidé du choix de l'emploi de la méthode de Sébestyen dans les trois cas opérés par M. Bonniot, nous ammène à formuler les conclusions suivantes :

Dans les pneumothorax dont l'inefficacité est due soit à une plage symphysaire axillaire ou du sommet, soit à un système de brides, la désinsertion par voie endoscopique doit toujours être tentée. Ce n'est qu'en cas d'échec de ce procédé qu'on est en droit de proposer au malade une autre intervention afin de parfaire son collapsus pulmonaire.

I. — Nous renoncerons à la thoracoplastie pour recourir au procédé de Sébestyen chez des sujets dont la surface symphysaire nécessiterait un désossement considérable. Ces malades peuvent bénéficier, comme le montre l'observation I, d'un pneumothorax total avec peu de dégâts osseux grâce à l'opération de Sébestyen.

Nous citerons en faveur de la méthode de Sébestyen cet aphorisme de Bernou : « D'une façon générale l'affaissement donné par la meilleure des thoracoplasties ne vaut pas celui d'un pneumothorax complet ».

L'opération de Sébestyen est donc le procédé de choix quand l'adhérence, si large soit-elle, est exactement circonscrite par le pneumothorax en dehors, en avant, en arrière et en dedans du côté médiastinal.

II. — Lorsque l'adhérence se continue du côté médiastinal, le Sébestyen vrai est impossible. On pourrait alors envisager d'établir une communication plus

ou moins large entre un pneumothorax extrapleural du sommet et le pneumothorax intrapleural de la base. Cette intervention fait courir au malade le risque de graves dangers infectieux ; de ce fait, elle n'est à envisager qu'en cas de contre-indication de tout autre procédé collapsothérapique et ne constitue donc qu'une méthode d'exception.

***

Les indications de l'opération de Sébestyen, que nous pourrions poser en voyant rapidement à l'écran des malades porteurs d'un pneumothorax sont très restreintes. Elles se réduisent encore au cours de l'examen pré-opératoire bien mené.

II. — EXAMEN PRÉ-OPÉRATOIRE

L'opération de Sébeystyen n'est indiquée que si l'adhérence peut être circonscrite et l'apicolyse extrapleurale effectuée sans risque de perforation et de dissémination de germes.

On s'assurera donc au préalable de la topographie de la symphyse et de l'état de la plèvre grâce aux renseignements fournis par la radiologie et l'endoscopie.

I. — Topographie de la symphyse

Sébestyen fixe exactement les conditions topographiques permettant la libération de la plage symphysaire par voie extrapleurale. D'elles dépendra l'affaissement pulmonaire qui assure un pneumothorax efficace.

« Il nous semble que les cas les plus favorables seront ceux dans lesquels on voit un peu d'air au-dessus du sommet, mais davantage encore ceux dans lesquels le pneumothorax se rend visible du côté du médiastin. De minces brides aux parties médiales ou inférieures ne s'opposent nullement à l'application de cette opération. Nous dissuadons d'appliquer cette opération quand des adhérences élargies se répandent au-dessous de la troisième ou quatrième côte postérieure, aussi sera-t-elle inefficace dans les cas où on trouve des symphyses du côté médiastinal. Cette opération ne pourra être efficace

que lorsque le sommet s'affaisse jusqu'au niveau de la troisième côte. C'est-à-dire que l'opération doit être suivie d'un collapsus qui ne diffère en rien du collapsus normal. »

1° *L'examen radiologique.* — Il nous donne une vue d'ensemble du pneumothorax rendu inefficace par les adhérences.

On examinera d'abord le malade à la radioscopie. Elle montre la déformation du moignon pulmonaire immobilisé soit par une large bride, soit par une plage symphysaire. La radioscopie fixe également l'incidence sous laquelle doit être pris le cliché.

En réalité, le cliché radiographique ne donne des précisions que sur les adhérences latérales ; les adhérences internes franchement postérieures ou antérieures sont invisibles même dans les positions obliques.

Parmi les adhérences axillaires, les plus fréquentes sont latéro-postérieures. Dans ces cas, on fera un cliché de dos et en position oblique antérieure. Le cliché de profil peut également rendre service : l'avantage de la radiographie dans le plan transversal est de montrer que telle adhérence, en apparence libre sur la vue de face, s'étale en réalité sous forme de voile sur la vue de profil. En résumé, le profil permet de constater si une symphyse axillaire paraît libre du côté dorsal et du côté sternal.

2° *Examen clinique.* — Les plaques symphysaires peuvent être également localisées par des signes acoustiques. La percussion et surtout la transmission des bruits pulmonaires, si on ausculte le malade après une insufflation, révèlent cette localisation. Souvent le schéma dressé d'après les indications sthétacoustiques plus que les images radiologiques se rapproche de la vérité telle qu'elle apparaîtra à l'examen endoscopique.

3° *Examen endoscopique.* — Tous les auteurs sont actuellement d'accord pour dire que l'endoscopie pleu-

rale est une exploration simple et absolument bénigne lorsqu'elle est faite selon toutes les règles de l'asepsie.

Si la scopie et les clichés pris dans différents plans permettent en gros de nous rendre compte du volume de la bride, de sa direction, et d'en fixer la limite, nous devons néanmoins contrôler ces données par l'exploration endothoracique.

En effet, les vues fournies par la radiologie sont souvent trompeuses, elles montrent une adhérence bien individualisée, alors que l'endoscopie peut nous la faire voir soit se continuant en arrière par une large bande de symphyse, soit reliée au médiastin par un système vélamenteux transparent aux rayons X.

L'endoscopie ne contrôle pas uniquement les images radiologiques, elle fournit des renseignements précis sur l'implantation de l'adhérence. Elle permet dans le cas d'un gros pilier apical de se rendre compte par exemple de son insertion sur les gros vaisseaux de la base du cou. Dans ces conditions, la désinsertion pleuropariétale faite par voie endothoracique ferait courir le risque d'hémorragie, tandis que la désinsertion par voie extrapleurale pourrait obvier à ce grave danger.

II. — Etat de la plèvre

La facilité du décollement extrapleural dépend de l'état de la plèvre. Pour cette raison, une documentation sur son aspect s'impose.

1° *Examen radiologique :* Dans l'étude sur la structure du feuillet pariétal de la plèvre, la radiologie perd tous ses droits. Elle n'arrive, en effet, à montrer que les gros dépôts de fibrine ou les épaississements considérables, mais toutes les autres modifications ne portant pas notablement atteinte à l'épaisseur de la séreuse lui échappent complètement, alors que le pleuroscope les décrit minutieusement et surtout en montre les couleurs :

« Nous nous trouvons donc, en somme, ici, dans la même situation que pour l'estomac. Les plus belles techniques radiologiques ne remplacent pas une gastroscopie bien faite apportant avec elle l'enrichissement des couleurs qui, dans la pathologie des muqueuses comme dans celle des séreuses, joue évidemment un rôle de tout premier plan. » (Stephani)

2° *Exploration pleuroscopique :* Les défaillances de l'examen radiologique de la plèvre nous obligent à recourir à l'endoscopie qui fournira des renseignements précis sur l'état du feuillet pariétal de cette séreuse.

Une péripleurite importante risquant d'entraîner la perforation et l'infection contre-indiquera l'apicolyse extra-pleurale. Sébestyen souligne d'ailleurs que ce serait une grosse erreur que de forcer l'ablation d'adhérences calleuses.

Les aspects endoscopiques de la plèvre peuvent se schématiser, ainsi que le rappelle Douady, en :

a) *Plèvre saine :* elle se reconnaît à sa transparence. Au travers du revêtement pleural on voit des fibres musculaires intercostales et les côtes avec leur coloration propre.

Cet aspect pleural se voit en général dans les pneumothorax récents ; toutefois on le trouve dans des collapsus plus anciens.

Si on a à faire à une plèvre transparente, on est dans les meilleures conditions pour effectuer l'opération de Sébestyen. L'auteur le reconnaît, aussi conseille-t-il de ne pas attendre trop longtemps pour tenter l'intervention : « Le plus recommandable, c'est de l'utiliser deux à trois mois après l'application du pneumothorax si elle n'a pas été suivie du résultat désiré et si les obstacles mécaniques qui s'opposent à l'affaissement ne peuvent être éliminés par d'autres traitements. »

b) *Irritation pleurale aiguë ou subaiguë :* s'il y a

irritation, la plèvre présente une couleur rouge due à l'hyperhémie. Quelques gouttes de liquides dans le sinus sont l'indice d'une légère réaction pleurale. Dans ces cas, la sensibilité de la plèvre à la douleur est accrue. Une intervention sur une telle plèvre entraîne presque infailliblement une réaction thermique élevée et un fort épanchement liquidien est à craindre.

c) *Etat inflammatoire ancien :* la plèvre est épaisse et opaque, on ne peut discerner ni les côtes, ni les espaces intercostaux. Le décollement extra-pleural dans une telle coenne est quasi impossible et il vaut mieux renoncer à l'opération que de créer une perforation.

d) *Plèvre en mauvais état :* il existe des nodules tuberculeux sur une plèvre infiltrée. Dans ces cas, il y a presque toujours un épanchement de liquide louche ou purulent dans le sinus. Devant cet aspect pleuroscopique il est évidemment illusoire d'essayer un clivage à la faveur de l'espace sous-pleural. D'ailleurs les manipulations opératoires seraient néfastes en créant un ensemencement de la cavité pleurale.

Les contre-indications du Sébestyen sont surtout tirées des altérations de la plèvre révélées par l'exploration endoscopique.

III. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Dans la Revue de la tuberculose (1933), Sébestyen expose la technique qui porte son nom, sous le titre : « Apicolyse extra-pleurale au service du traitement par le pneumothorax extra-pleural ». L'auteur présente plusieurs cas opérés en 1929. Il s'agit de bilatéraux « chez lesquels on ne pouvait plus s'attendre au succès ».

Lors de la parution de l'article de Sébestyen de nombreuses critiques furent faites pour discréditer le procédé, entre autres :

Difficultés à prévoir pour la délimitation exacte de la zone d'adhérence et le repérage du pneumo intrapleural tout autour d'elle ;

Risques de ne pas pouvoir entretenir le pneumothorax par manque d'étanchéité de la paroi dépourvue de plèvre pariétale sur toute l'étendue de l'adhérence libérée.

Au cours de l'exposé de la technique opératoire mise au point par M. Bonniot, nous verrons ces objections se dissiper.

Technique

Anesthésie : on aura recours à l'anesthésie locorégionale.

L'opération de Sébestyen comporte deux temps :

1° Création d'un pneumothorax extra-pleural dans toute l'étendue de la zone adhérentielle.

2° Section de la plèvre pariétale au pourtour de l'adhérence.

I. Premier temps

La technique du premier temps est celle de toute création de pneumothorax extra-pleural.

La résection d'une côte sur environ 10 cm. constitue une voie d'abord suffisante pour mener à bien le décollement sous-pleural.

Quelques points méritent d'être précisés :

1° Choix de la voie d'abord : elle dépendra de la topographie de l'implantation peuro-pariétale de l'adhérence. Le décollement pleural ne pouvant être fait sous le contrôle de la vue que de bas en haut, il convient de réséquer la côte sus-jacente à la limite inférieure de l'adhérence. Suivant le siège de celle-ci, la résection sera postérieure ou axillaire. Le décollement devant dépasser sur toute sa circonférence la zone adhérentielle, s'il arrivait, en cas d'adhérence très étendue, qu'on ne puisse atteindre son pôle supérieur, il serait, croyons-nous, préférable de réséquer une seconde côte à la limite supérieure du décollement réalisé, plutôt que de poursuivre aveuglément celui-ci ou de le laisser incomplet.

2° Il est important de réaliser tout le décollement pleural nécessaire avant d'ouvrir la plèvre. Celle-ci une fois ouverte, il devient très difficile de compléter le décollement, la plèvre n'étant plus tendue par le pneumothorax sous-jacent.

3° Il importe, d'autre part, de ne pas dépasser largement la limite de l'adhérence afin de ne pas laisser flottant dans la cavité pleurale de grands lambeaux pleuraux susceptibles d'entrer en contact avec le poumon

rétracté et d'amorcer ainsi des adhérences ultérieures. En général, la limite de l'adhérence est très visible grâce au gonflement expiratoire du pneumothorax. On reconnait ce fait facilement à l'examen, par le ton sonore qui se produit sur la plèvre tendue par le pneumothorax ». Dans les cas difficiles, une lampe de pleuroscopie introduite dans la plèvre par une minime boutonnière, permet de préciser cette limite par transillumination.

II. Le deuxième temps est en général facile

Deux préoccupations doivent guider les gestes du chirurgien : éviter toute hémorragie ; éviter de blesser le poumon et de créer ainsi une perforation.

La section de la plèvre peut être faite au bistouri électrique ou au galvanocautère. Celui-ci nous paraît préférable.

La section doit être faite prudemment en se guidant sur la transillumination qui évite toute blessure du parenchyme. La section pleurale étant terminée ou même en cours de route, des adhérences secondaires ou en cordages ayant échappé à la pleuroscopie, peuvent être vues dans la cavité pleurale. Elles seront désinsérées à ciel ouvert à travers la brèche pleurale réalisée, avec les mêmes précautions qu'au cours d'une désinsertion endoscopique.

A la fin de l'intervention, le poumon se rétracte, entraînant avec lui le fragment de plèvre pariétale auquel il adhère.

III. Fermeture de la paroi

Il ne peut être question de suturer la plèvre pariétale dont la perte de substance a les dimensions de la zone adhérentielle. On s'efforcera de suturer aussi hermétiquement que possible la brèche pariétale par un surjet au serti-catgut unissant les lèvres de l'incision

menée le long et dans l'axe du lit de la côte réséquée. Puis les muscles superficiels seront suturés plan par plan. En vue de l'étanchéité de cette suture on aura eu soin tout au début de l'intervention de ne pas couper les muscles, mais de les dissocier (en arrière : dissociation du trapèze et du rhomboïde ; par voie axillaire : incision verticale entre grand dorsal et grand pectoral et dissociation horizontale du grand dentelé sur la côte à réséquer). Nous croyons que la voie d'abord choisie au pôle inférieur de l'adhérence, en ne faisant pas coïncider l'incision pariétale et la perte de substance pleurale, contribue également à assurer une meilleure étanchéité de la suture.

Enfin il va de soi que tout au long de l'intervention, l'hémostase sera réalisée avec le plus grand soin, soit par des ligatures aussi nombreuses que nécessaires, soit par diathermo-coagulation.

IV. — COMPLICATIONS IMMÉDIATES ET SOINS POST-OPÉRATOIRES

Des soins post-opératoires dépend le succès de la méthode. Il s'agit d'enrayer l'effet de deux complications inévitables : l'emphysème et l'épanchement sero-hématique qui favorisent le recollement des deux plages cruentées se faisant face et la symphyse des feuillets pleuraux.

1° L'Emphysème sous-cutané. — Sebestyen reconnaît que « c'est l'emphysème sub-cutané qui est la complication post-opératoire la plus à craindre, les muscles inter-costaux qui souffrent davantage de l'opération n'offrent aucune sécurité à la réfection hermétique de la paroi malgré tous les soins qu'on leur voue. L'efficacité de ce procédé ne dépend pas uniquement de la précision et de l'exactitude de la technique chirurgicale, elle exige tout autant un long traitement post-opératoire extrêmement consciencieux et exact ».

L'emphysème pariétal, ainsi qu'en témoignent nos observations, est plus ou moins important comme d'ailleurs après toute création d'un pneumothorax extra-pleural.

Pour empêcher le poumon de revenir à la paroi thoracique par fuite du gaz du pneumothorax vers le tissu sous cutané, il n'y a qu'un moyen prophylactique :

le remplacer au fur et à mesure de sa déperdition. Pour cette raison, on verra le malade à l'écran aussitôt après l'opération et on l'insufflera si c'est nécessaire. Une surveillance quotidienne est de règle et notre expérience limitée nous a montré qu'il faut insuffler chaque jour le nouvel opéré les premiers temps après l'intervention. On n'oubliera pas d'administrer au malade des opiacés pour lui éviter de violentes quintes de toux.

Malgré les inconvénients que peut provoquer l'emphysème, Bonniot a pu écrire « nous avons toujours vu cet emphysème se résorber sans incident et l'étanchéité de la paroi rendre très vite faciles et efficaces les insufflations ».

2° Epanchement sero-hématique. — Il est évident que l'opération est suivie d'une élévation thermique et d'une réaction pleurale. Il se forme un épanchement séro-hématique du en partie à l'effraction faite à la plèvre et provoqué également par le suintement des larges zones de décollement. On comprendra donc que ces exudats séro-sanguins sont plus ou moins graves selon l'étendue de l'adhérence.

L'épanchement liquidien se collectant à la base comprimera le lobe inférieur du poumon ce qui a pour corollaire une activité compensatrice du lobe supérieur. Cette réexpansion du sommet encore favorisée par la déperdition de l'air à travers la plaie opératoire fait craindre un recollement des surfaces mises à vif par l'intervention chirurgicale. Il importe donc de ponctionner le malade dès qu'il y a formation d'un épanchement et de remplacer par de l'air le liquide évacué. Dans certains cas, nous avons dû répéter les ponctions 5 à 8 fois. Dans un autre, deux ponctions ont suffi pour tarir l'épanchement. Il nous semble qu'on n'ait pas à craindre l'infection si l'on se place, pour évacuer le liquide, sous le couvert d'une asepsie rigoureuse.

Les épanchements post-opératoires peuvent entraî-

ner, comme les exudations banales d'un pneumothorax ou ceux qu'on observe après les sections de brides, une symphyse de la base restant localisée ou progressant lentement. L'accolement des feuillets pleuraux étant amorcé au fond du sinus costodiphragmatique à la faveur du liquide séro-hématique riche en fibrine.

Si le processus adhésif gagne en hauteur, nous ferons remarquer à la suite de DUMAREST : « Que la symphyse marque souvent un temps d'arrêt au niveau des scissures, permettant ainsi de maintenir longtemps le collapsus du lobe supérieur pathologique ». La symphyse à condition qu'elle soit partielle et localisée strictement à la base ne compromet pas forcément le collapsus des lésions du sommet. On luttera contre cette tendance au recollement des feuillets pleuraux en évacuant le liquide et en élevant progressivement les pressions dans la poche gazeuse jusqu'à atteindre des valeurs positives.

Pour enrayer la tendance symphysaire, Sébestyen conseille *l'oléo-thorax.*

« Si la réduction du pneumothorax se fait plus rapidement qu'on ne le désire, la substitution du gaz par de l'huile goménolée à 0,5 % se rend nécessaire pour assurer définitivement le collapsus des parties malades. Il est incontestable que des scrupules très justifiés peuvent être opposés à l'application de l'oléo-thorax, mais il faut en juger autrement dans ces cas. De même qu'il est indiqué de remplir d'huile les cavités persistantes après un traitement d'insufflations, nous sommes forcés d'envisager les circonstances identiques dans ces cas. La quantité d'huile à injecter sera de 400 grammes, au maximum de 600. Le procédé en soi et même avec tous ces accidents éventuels, représente une moindre injure que ne l'est un pomblage à la paraffine ce qui est pourtant d'un succès douteux, ou la thoracoplastie. Si pour n'importe quelle cause, nous voulons assu-

rer le collapsus du lobe inférieur ou prévenir son accolement, nous pouvons injecter 200 à 250 grammes d'huile 8 ou 9 jours après l'évacuation de l'épanchement. Nos expériences concernant ces cas sont encore trop récentes. Mais actuellement, nous sommes d'avis de n'instituer un oléothorax que lorsqu'il est inévitable ».

Si nous ne possédons aucune expérience de l'oléothorax après l'opération de Sebestyen, nous avons eu l'occasion à maintes reprises d'injecter de l'huile dans des pneumothorax marquant une tendance au recollement après un épanchement liquidien d'une pleurésie banale ou consécutif à une section de brides.

Bien entendu, nous n'employons pas le blocage qui est prescrit à l'heure actuelle par tous les phtisiologues.

La création d'un oléothorax antisymphysaire ne peut donner de bons résultats que s'il est appliqué judicieusement. Institué après l'opération de Sebestyen comme d'ailleurs à la suite d'une section de brides, nous n'avons pas à craindre la perforation par rupture d'adhérences. La persistance de lésions cavitaires ou évolutives dans le cortex pulmonaire doit en faire rejeter l'emploi.

Pour éviter la réaction inflammatoire de la plèvre suivie de pleurésie, voici comment nous procédons :

Nous commençons par tâter sa susceptibilité par une injection de 2 cc. d'huile goménolée à 2 %. Cette huile ne sera introduite dans la cavité pleurale qu'après avoir été réchauffée au bain-marie pour être portée à la température du corps. Si aucune réaction ne se produit, nous injectons 5 cc. toutes les semaines en ayant soin de ménager au-dessus du niveau huileux une grande poche à air dont on contrôlera de temps à autre la pression.

Si l'oléothorax n'arrive pas à arrêter le processus symphysaire, il doit, après un essai loyal, être abandonné par extraction de l'huile injectée.

Ainsi manié avec prudence, l'oléothorax ne fait courir au malade aucun danger et s'opposerait dans certains cas à la symphyse post-opératoire d'un Sebestyen.

Nous nous rallierons à l'opinion de TRIBOULET en concluant : « Nous estimons qu'en pratique phtisiologique l'oléothorax garde une place certes restreinte mais qui n'est pas négligeable. A la condition de bien connaître les dangers de l'injection d'huile dans la plèvre, on peut en la maniant avec prudence en tirer, dans certains cas, un parti incontestable. »

En résumé, les soins post opératoires immédiats seront vigilants et viseront à éviter la symphyse.

Le liquide sero-hématique sera ponctionné dès sa production.

Des insufflations répétées en pression positive maintiendront le poumon à distance de la paroi.

Prudemment, en s'entourant de précautions, on instituera dans certains cas un oléothorax antisymphysaire.

Les dangers de symphyse écartés, on pourra, quelques semaines après l'intervention, espacer les insufflations et diminuer la pression en la ramenant progressivement au zéro expiratoire pour que le collapsus puisse s'effectuer sous le seul effet des forces rétractiles périlésionnelles (observation II).

CONCLUSIONS

I. — L'opération de Sebestyen n'est qu'un cas particulier de l'association d'un pneumothorax intrapleural de la base avec un pneumothorax extrapleural du sommet. Après l'apicolyse, l'originalité du procédé réside dans la pleurotomie qui se fait de dehors en dedans, en circonscrivant l'implantation pleuropariétale de l'adhérence. Le poumon ainsi libéré peut se rétracter, entraînant avec lui une plage de plèvre pariétale et viscérale symphysée.

II. — Le nombre très limité de nos observations nous oblige à beaucoup de circonspection pour poser les indications du procédé de désinsertion de Sebestyen.

1° Nous croyons qu'il peut être appliqué lorsque les obstacles mécaniques s'opposant au collapsus pulmonaire, après création d'un pneumothorax, ne peuvent être éliminés par voie endoscopique :

a) Soit du fait du siège de l'adhérence et des dangers qu'une désinsertion pourrait faire courir à des organes pariétaux importants, comme, par exemple, un gros vaisseau dans la région apicale.

b) Soit du fait de la trop grande surface de la zone adhérentielle.

2° L'opération de Sebestyen constitue l'intervention de choix lorsqu'il s'agit de libérer une large symphyse axillaire bien circonscrite par le pneumothorax. Dans ce cas, les dangers d'infection sont peu à craindre car il est inutile de pousser le décollement vers la région médiastinale sus-hilaire riche en lymphatiques souvent

infectés dont l'effraction risquerait d'ensemencer la cavité pleurale.

III. — L'examen pré-opératoire porte :

1° Sur la topographie de la symphyse : elle doit être libre en avant, en arrière, en dehors et du côté médiastinal.

2° Sur l'état de la plèvre. Pour ne pas faire courir au malade le risque d'une infection redoutable, on s'assurera qu'aucune altération importante n'existe au niveau de la plèvre. La péripleurite est une contre-indication de l'intervention.

Ces renseignements seront fournis par la radiologie et la pleuroscopie. Soulignons ici le rôle primordial et indispensable de l'exploration endoscopique.

IV. — La technique opératoire est relativement simple.

1° Dans un premier temps on crée un pneumothorax extra-pleural dans toute l'étendue de la zone adhérentielle. Le choix de la voie d'abord dépend de la situation de l'adhérence. Pour avoir une bonne visibilité, on fait le décollement extrapleural de bas en haut. On incise donc la paroi au-dessous de la limite inférieure de l'adhérence.

2° Le deuxième temps consiste à faire une pleurotomie en circonscrivant le pied de l'adhérence, la transillumination permet d'éviter toute blessure du parenchyme pulmonaire.

3° Nous pouvons escompter une étanchéité satisfaisante de la paroi après la suture :

a) Puisque nous avons pris soin au début de l'intervention de ne pas couper les muscles, mais de les dissocier ;

b) Puisque notre incision sous-jacente à la limite inférieure de l'adhérence ne coïncide pas exactement avec la perte de substance pleurale .

V. — Des soins post-opératoires dépendra en partie le succès d'un bon collapsus pulmonaire.

L'emphysème sous-cutané consécutif à la déperdition de gaz par la plaie opératoire et surtout l'épanchement séro-hématique sont deux complications inévitables. Nous pouvons enrayer sans trop de difficultés leurs effets symphysaires :

1° Par des ponctions évacuatrices ;

2° Par des insufflations répétées maintenues en pression positive ;

3° En ayant recours au besoin à un oléothorax anti-symphysaire.

VI. — De l'étude des trois observations, nous ne pouvons préjuger de la portée de l'opération de Sebestyen. Bien que son champ d'application soit restreint, nous croyons qu'elle est plus qu'une curiosité chirurgicale et qu'elle vaut, dans des cas bien déterminés, la peine d'être appliquée afin d'étendre à un certain nombre de malades le bénéfice d'un pneumothorax efficace.

Vu :
Le Président de Thèse :
A. WEISS.

Clermont-Ferrand, le 22 juin 1942.

Vu :
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg :
A. FORSTER.

Clermont-Ferrand, le 22 juin 1942.

Vu et permis d'imprimer :
Pour le Recteur de l'Académie de Strasbourg :
A. DANJON
Vice-Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

BERNOU et FRUCHAUD. — Chirurgie de la tuberculose pulmonaire (Doin et Cie, 1935).

BONNIOT et FOIX. — Désinsertion d'adhérence par le procédé de Sebestyen (Soc. d'études scientifiques ; séance du 10 juin 1939, in Revue de la tuberculose, tome 5, n° 8).

DREYFUS LE FOYER et DELBECQ. — Les cas limites du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire (Doin et Cie, 1941) (Technique de l'apicolyse totale exo-endo-pleurale).

D. LE FOYER et DELBECQ. — Les pneumolyses exo-endo-pleurales. (Société d'études scientifiques sur la tuberculose (zone libre). Séance du 28 mars 1942).

SEBESTYEN. — L'apicolyse extra-pleurale au service du traitement par pneumothorax artificiel. (Revue de la tuberculose, Février 1933).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

Indications du procédé de Sébestyen 11

a) Observations 11

b) Commentaires 21

c) Conclusions 25

Examen pré-opératoire 27

I. Topographie de la symphyse 27

II. Etat de la plèvre 29

Technique opératoire 33

Complications immédiates et soins post-opératoires 37

CONCLUSIONS 43

BIBLIOGRAPHIE 47